

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 151

QUELQUES OBSERVATIONS

DE

SYPHILIS A LA CAMPAGNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1921

PAR

André CHAIX

Né à Marseille, le 27 Avril 1893

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	}	DUCAMP professeur, <i>Président.</i>	}	<i>Assesseurs</i>
		BOSC, professeur.		
		EUZIÈRE, agrégé.		
		MARGAROT, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1921

QUELQUES OBSERVATIONS
DE
SYPHILIS A LA CAMPAGNE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 151

QUELQUES OBSERVATIONS

DE

SYPHILIS A LA CAMPAGNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1921

PAR

André CHAIX

Né à Marseille, le 27 Avril 1893

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	DUCAMP professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		BOSC, professeur.		
		EUZIERE, agrégé.		
		MARGAROT, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELTT
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	DERRIEN, <i>doyen</i>
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales.....	LISBONNE
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale.....	N...
Hygiène	VIRES.
Médecine légale et toxicologie.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses...	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique des maladies des enfants.....	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie.....	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine.....	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	MARGAROT
Médecine opératoire	SOUBEYRAN
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.)
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine ...	MM. LEENHARDT.	Chirurgie.....	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.	Accouchements...	LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Histoire natur.	DELMAS (P.)
Anatomie.....	MARGAROT.	Physique.....	GALAVIELLE
Chimie.....	DELMAS (J.)		CABANNES
	MESTREZAT		PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. DUCAMP, professeur, <i>Président</i> .	MM. EUZIERE, <i>agrégré</i> .
BOSC, professeur.	MARGAROT, <i>agrégré</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE ET A MA SOEUR

A MA FIANCÉE

A. CHAIX.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGIQN D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A. CHAIX.

AVANT-PROPOS

Nous avons quelque pudeur à présenter ce travail, qui de prime abord, peut paraître incompatible avec notre jeunesse dans l'exercice de la médecine et se réclamer d'une expérience que nous ne saurions avoir.

Qu'il nous soit permis de dire que nous n'avons pas d'autre prétention que d'avoir effleuré le problème si vaste de la syphilis à la campagne.

Au moment où nous allons entrer dans la vie médicale active et faire état de nos connaissances, il nous est doux de dire toute notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont fait faire nos premiers pas dans l'étude de la médecine, nous en ont dévoilé les mystères et nous ont donné en même temps que l'instruction médicale et le goût de la profession, le respect du malade et le culte de l'honneur professionnel.

Il nous est particulièrement agréable de nous souvenir du temps où interne chez M. le Professeur Perrin, nous bénéficions de l'enseignement de ce maître éminent et goûtions les charmes de son esprit.

Nos remerciements les plus vifs vont aussi à M. le Professeur Roger qui nous témoigna toujours une bienveillante sollicitude. Nous ne savons s'il faut le plus admirer les qualités de savant, de clinicien ou d'homme qui sont développées au plus haut degré chez ce maître. Auprès de lui d'abord aux armées, puis dans les hôpitaux de Marseille, nous avons pu constater combien un médecin pouvait faire

du bien autour de soi, par sa science et par le souci constant d'être utile à ses malades, à ses élèves. Nous ne saurions terminer sans reconnaître la part importante qu'a eu l'influence de notre père sur la formation médicale et morale de notre esprit. Il sut nous faire profiter de son expérience des maladies et de la vie. C'est un titre de plus à la reconnaissance que nous aimons lui devoir.

QUELQUES OBSERVATIONS

DE

SYPHILIS A LA CAMPAGNE

INTRODUCTION

Au cours d'un remplacement d'un an environ dans un village de Provence, de 2000 habitants, nous avons été, dès le début, frappé par la fréquence de syndromes complexes caractérisés par des phénomènes douloureux et des troubles divers à la base desquels il était impossible de trouver une étiologie précise.

L'examen minutieux du malade et des membres de sa famille nous permit très souvent de découvrir quelque signe de syphilis acquise ou héréditaire et nous amena à penser que cette maladie paraît être dans bien des cas la cause de ces maladies.

Etonné de trouver aussi souvent la syphilis dans un village où nous la croyons l'exception, nous fîmes part de notre impression à MM. les professeurs Perrin et Roger qui nous dirent qu'à leur avis la syphilis ne devait pas être à la campagne aussi rare qu'on le croyait.

Peu à peu, la recherche systématique de la syphilis dans tous les cas où la cause d'une affection restait obscure, nous amena très souvent par l'enquête familiale à acquérir la quasi certitude que le tréponème existait dans la famille ; les réactions de laboratoire et les résultats du traitement spécifique nous montrèrent ensuite que la syphilis était bien la cause des troubles observés.

Le nombre des familles que nous avons pu étudier est forcément limité et les chiffres que nous allons donner ne peuvent avoir la prétention de fixer d'une façon précise le pourcentage des syphilitiques parmi les habitants du village ; car il est bien certain que les familles tarées auront à se présenter plus souvent que les autres devant le médecin ; d'autre part pour que l'enquête familiale ait une valeur, il est nécessaire que le médecin se trouve à plusieurs reprises en contact avec le malade et sa famille. Il est difficile de poursuivre cette enquête lorsqu'il s'agit d'accident de maladie aiguë de courte durée et que les questions posées paraissent au malade avoir peu de rapport avec l'affection en cours. Aussi bornerons-nous nos chiffres aux cas où une maladie chronique nous donna toute latitude pour pousser à fond notre enquête.

Sur 24 familles étudiées nous pûmes 17 fois acquérir la certitude que la syphilis existait dans la famille et qu'en général elle était bien la cause des manifestations morbides observées.

Si nous généralisons ces chiffres nous arriverions à un pourcentage de syphilitiques de 70 % ; mais nous répétons que ces chiffres ne peuvent prétendre à une grande rigueur ; car d'une part l'absence de stigmates dans les 7 familles éliminées n'implique pas d'une façon absolue qu'elles soient indemnes et d'autre part le nombre des familles étudiées représente que le 1/8 du nombre total des familles du pays.

L'avenir et la multiplication des statistiques pourront seuls arriver à donner une idée précise du nombre certainement très grand des syphilitiques à la campagne.

Nous voulons simplement montrer que la syphilis est très fréquente à la campagne, qu'elle très souvent ignorée, méconnue. Nous essaierons de trouver quelques causes à cette fréquence ; nous citerons nos observations et tâcherons de tirer quelques conclusions au point de vue prophylactique et thérapeutique.

POURQUOI LA SYPHILIS EST FRÉQUENTE A LA CAMPAGNE ET FRÉQUEMMENT MÉCONNUE

On avait l'habitude de dire qu'à la campagne la syphilis était rare parce qu'on s'y mariait très jeune, que les mœurs y étaient plus sévères, qu'il n'y existait pas de marchandes d'amour et de maladies

Or, il est assez rare dans les villages que les jeunes gens se marient avant leur service militaire et le rôle du séjour à la caserne dans la ville est bien connu comme cause de contamination. Ce n'est pourtant peut être pas la cause la plus commune, et, on ignore, en général le rôle des maisons de tolérance existant dans les villages eux-mêmes : c'est ainsi que pour le village qui nous occupe il y avait depuis très longtemps et jusqu'au début de la guerre deux maisons ayant chacune deux ou trois pensionnaires

La plupart des hommes qui se sont rappelés avoir eu un accident dans leur jeunesse nous ont dit l'avoir contracté dans ces lieux de plaisir. Il est bien certain que le recrutement de ces maisons devait être difficile et qu'on ne pouvait espérer y garder que les indésirables de la ville. Lorsque ces conditions sont réalisées dans un village, il n'y a pas de raison pour que les jeunes gens soient plus chastes qu'en ville et leur contamination y est tout aussi facile.

De plus les habitants de la campagne étaient, autrefois surtout, fort peu renseignés sur les caractères des maladies vénériennes et beaucoup ignoraient les conséquences possibles de l'accomplissement de l'acte sexuel avec des mercenaires.

Le paysan n'a pas l'habitude de s'examiner et il attache peu d'importance à des lésions qui ne sont pas très douloureuses et n'empêchent pas de vaquer à ses occupations.

Si d'aventure, il a remarqué une érosion au niveau de ses organes génitaux et qu'il veuille se renseigner à ce sujet, il n'ira pas en général consulter le médecin, il entrera furtivement dans l'officine du pharmacien et demandera « un remède » ; plusieurs hommes m'ont dit que vers l'âge de dix huit, vingt ans ils avaient eu une petite érosion de la verge, arrondie et non douloureuse dont les caractères rétrospectifs paraissent être ceux d'un accident primitif. Cette érosion cautérisée par le pharmacien aurait guéri en quelques jours et n'aurait été suivie d'aucune autre manifestation.

Il est un fait que nous avons pu souvent constater : le le paysan se souvient rarement avoir eu une ulcération génitale et il est de règle qu'il ne se rappelle pas avoir eu d'accident secondaire; alors qu'il présente actuellement des lésions syphilitiques non douteuses, une réaction de Bordet Wassermann positive, des enfants nettement hérédosyphilitiques.

On peut expliquer de deux façons l'ignorance d'une maladie existante : ou les manifestations de cette maladie ont été très minimes ou le malade s'est peu observé et n'a pas attaché d'importance à des accidents pourtant constatables par quelqu'un de plus averti.

Ces deux conditions sont, croyons nous, souvent

réalisées à la campagne : d'une part la vie au grand air, la nourriture végétarienne, une plus grande tempérance peuvent avoir une influence sur le développement des accidents secondaires, et d'autre part le paysan n'est pas habitué à s'observer beaucoup : tant qu'il a de l'appétit et qu'il ne souffre pas trop il continue à vaquer à ses occupations.

La syphilis secondaire faisant habituellement peu de troubles généraux, peu de phénomènes douloureux, n'oblige pas à se coucher celui qui en est atteint ; le paysan ne se sent pas malade et ne s'occupe pas de ces « petits bobos » ; aussi vingt ans plus tard c'est de très bonne foi qu'il affirme n'avoir jamais rien eu.

Un exemple récent semble vouloir prouver ces dires et montrer que lorsque les accidents secondaires existent à la campagne, on n'y attache pas beaucoup d'importance.

Une jeune femme mariée depuis un an, enceinte de sept mois vient demander si son enfant est bien : au cours de l'examen nous sommes frappés par l'existence d'une micropoly-adénopathie inguinale, sous occipitale, épitrochléenne et par la présence au niveau de la fesse gauche d'une lésion papulo-psoriasiforme circonscrite. La jeune femme affirma n'avoir jamais été malade et ce n'est qu'après plusieurs jours que nous apprîmes que le mari avait contracté la syphilis pendant la guerre ; qu'il avait été soigné et s'était cru guéri ; que la jeune femme avait eu peu après son mariage de petits boutons sur le corps, quelques plaques vulvaires, accidents auxquels on n'avait pas attaché d'importance ; le mari lui-même, pourtant instruit du fait, ne s'en inquiéta pas parce qu'il se croyait guéri et que l'éruption de la femme n'avait pas les caractères de celle qu'il avait eu lui-même autrefois.

A plus forte raison il est possible que des accidents semblables soient passés tout à fait inaperçus chez des gens qui n'étaient prévenu de rien.

La syphilis, très fréquente à la campagne, y est donc souvent ignorée du malade et le médecin ne la découvre pas parce qu'il n'y pense pas et qu'il ne recherche pas systématiquement cette maladie. Peut être se contente-t-il souvent d'ailleurs de faire une médication symptomatique et non étiologique.

La jeune femme, dont nous avons parlé plus haut, avait en pleine période secondaire conduit sans incidents sa grossesse jusqu'au septième mois ; elle reçut ensuite six injections de novarsenobenzol et accoucha à terme d'un beau bébé pesant 3 kgr. 800.

Et ceci nous conduit à exposer cette constatation : que les avortements parmi les familles syphilitiques observés par nous à la campagne sont beaucoup plus rares que ce que l'on a l'habitude de dire dans les livres qui envisagent surtout la population hospitalière et urbaine.

L'avortement que nous avons appris très fréquent chez les femmes syphilitiques nous a paru au contraire être l'exception à la campagne : parmi les 17 familles étudiées nous n'avons qu'une fois trouvé des avortements (trois avortements et deux morts-nés sur huit grossesses).

Il faut peut être chercher la cause de cela dans le fait que les statistiques portent sur les cas de syphilis grave et qu'on laisse passer inaperçus ceux où le tréponème présente une moindre virulence.

Il est possible aussi que la moindre fréquence des avortements tiennent à ce que les femmes vivent à la campagne dans de meilleures conditions hygiéniques qu'en ville ; qu'au cours de leur grossesse elles travaillent

moins, que les femmes d'ouvrier et que malgré tout, l'éthilisme est moins répandu à la campagne.

Cette opinion sur le rôle de l'association ethyl-syphilis nous a paru étayée par le fait que le seul cas ou nous avons trouvé des avortements concerne la femme d'un cabaretier certainement alcoolique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Une jeune femme de 20 ans, mariée depuis un an, met au monde en juillet 1920, après une grossesse normale, un superbe bébé pesant 4 kgs. La maman n'eut pas de lait et le bébé nourri au biberon s'éleva sans incident.

La mère de cette jeune femme paraît bien portante, le père est mort de paralysie générale dans un asile il y a quatre ans, — il n'y aurait pas eu d'autre grossesse que celle qui correspond à notre malade. Celle-ci aurait eu dans sa première jeunesse des lésions papulo-croûteuses sur tout le corps.

Réglée tardivement, vers l'âge de 15 ans, les fonctions menstruelles s'établirent normalement. A 16 ans nous notons une pleurésie sèche de la base droite qui évolua en quelques jours vers une guérison apparente complète, — depuis notre malade ne fut plus inquiétée par rien jusqu'à son accouchement.

Nous ne relevons aucun antécédent ni signe morbide chez le mari qui paraît en parfaite santé.

Vingt jours après son accouchement, au début d'août 1920 la jeune femme se met à tousser et présente

de la fièvre : 38°5 le soir, 37°5 le matin, pas d'appétit, sueurs, palpitations.

L'examen de la malade nous permet de constater qu'il existe à la base droite une large zone submate, aux vibrations exagérées; on entend à l'auscultation de nombreux petits râles humides à la fin de l'inspiration.

Nous notons chez cette malade : une glossite exfoliatrice marginée sur une langue scrotale, deux adénites dures et indolores développées l'une en avant du tragus gauche, l'autre sous l'angle droit du maxillaire inférieur, — de petits ganglions sous-occipitaux et épitrochléens, — le corps thyroïde volumineux, les yeux légèrement saillants; le pouls très rapide oscille entre 130 et 140 pulsations à la minute.

Les jours suivants la température reste élevée, le pouls rapide; la dyspnée s'installe et l'examen physique nous montre que la zone mate de la base droite s'étend, que les râles humides ont envahi la région moyenne du poumon droit : ces râles éclatent sous l'oreille et permettent d'entendre le murmure vésiculaire plus profondément, donnant ainsi l'impulsion d'un ramollissement de la zone corticale du poumon très étendu en surface et peu en profondeur.

Peu à peu, malgré un traitement révulsif énergique, malgré les antiseptiques pulmonaires administrés par ingestion et inhalation, nous assistons à la progression continue du ramollissement pulmonaire cortical qui atteindra d'abord toute la face postérieure du poumon droit, s'étendra à la région sous-claviculaire droite, puis à la région sous-claviculaire gauche et envahira toute la face postérieure du poumon gauche en progressant du sommet vers la base.

Nous sommes au début de septembre 1920; en un

mois le processus s'est étendu à toute la surface des deux poumons, cependant les signes généraux n'ont pas suivi une progression parallèle à celle des signes stéthoscopiques : la température reste aux environs de 38, 38°5 ; la malade qui avait d'abord maigri est de nouveau alimentée, la toux reste fréquente, l'expectoration mucopurulente pas très abondante. Le pouls continue à battre à 130-140 pulsations à la minute malgré une cure de trois flacons d'hématothyroïdine.

Bien que l'évolution et les signes fussent un peu différents de ce que l'on voit d'ordinaire dans la tuberculose pulmonaire c'est à ce diagnostic que nous rallions tout d'abord.

Le 5 septembre un examen de crachats après homogénéisation ne montre aucun bacille de Koch, mais de nombreux lymphocytes, des cellules épithéliales, de la fibrine.

Les 12 et 23 septembre le bacille de Koch est de nouveau recherché en vain ; la recherche de mycellium et de spores reste aussi négative.

Le 28 septembre un cobaye est inoculé avec 1 cm³ de crachats délué dans 2 cm³ de sérum ; lorsqu'il fut autopsié 20 jours plus tard il était en parfaite santé et ne présentait aucune lésion tuberculeuse.

Nous pensons alors qu'il pourrait s'agir de syphilis pulmonaire, manifestation tardive d'une syphilis héréditaire : notre malade fille de paralytique général a eu des lésions suspectes dans sa jeunesse, elle présente de la glossite exfoliatrice marginée sur une langue scrotale ; elle a de l'adénopathie.

La réaction de B.-W., est négative avec le sérum chauffé ; l'Hecht Bauer fait suivant la méthode des dilutions progressives donne un retard à l'hémolyse ; la réac.

tion est douteuse et nous invite à tenter un traitement d'épreuve.

Le 10 octobre nous commençons une série de 6 injections intraveineuses de novarsenobenzol Billon de 0,15 à 0,60 à raison d'une injection tous les 5 jours. Nous assistons à une diminution rapide des signes physiques, fonctionnels et généraux.

A la fin du traitement la température oscille entre 36°5 37°5 ; le pouls bat aux environs de 90, 100 pulsations à la minute ; l'état général s'est amélioré ; la toux a presque cessé ; l'auscultation nous permet de constater que l'on entend normalement la respiration dans la plus grande partie du poumon gauche et dans la région moyenne du poumon gauche et dans la région moyenne du poumon droit ; les râles se sont limités aux deux sommets et à la base droite.

L'influence du traitement fut donc très favorable et le diagnostic de syphilis pulmonaire paraît de plus en plus probable ; mais on pourrait encore dire que le traitement arsenical aurait amélioré aussi une mycose pulmonaire.

Or après que notre malade fut restée 15 jours sans traitement la toux et l'expectoration réapparurent ; les râles s'étendirent à nouveau à tout le poumon droit et un large foyer se montra dans la région axillaire gauche. Un traitement mercuriel fut institué au début de décembre et poursuivi pendant 20 jours à raison d'une injection intraveineuse quotidienne de 0 c.c. 01 de cyanure de mercure. Ce traitement amena de nouveau une amélioration rapide et à la fin de décembre les râles sont encore limités aux deux sommets et à la base droite. Nous constatons en même temps que l'amélioration des signes physiques la diminution des adénites cervicale et préauriculaire.

Les injections de novarsenobenzol sont reprises aussi-

tôt à dose croissante de 0,15 à 0,60 et une fois par semaine : 8 injections sont pratiquées au cours desquelles nous suivons le relèvement général, le retour à la normale de la température et du pouls, la régression des signes stéthoscopiques, la disparition de la toux.

Si bien que l'on peut admettre qu'à la fin de février notre malade est guérie, en ce sens qu'elle peut sans difficulté mener une vie normale, qu'elle ne tousse pas et que l'auscultation ne décèle qu'une légère diminution du murmure vésiculaire à la base droite. Le pouls bat aux environs de 80, la température reste au dessous de 37° ; les adénites ont diminué.

Il paraît à peu près certain qu'il s'agissait dans ce cas d'une forme spéciale de syphilis pulmonaire ; spéciale parce que en général la syphilis touche plus volontiers les bronches que le parenchyme et qu'en général l'évolution est plus insidieuse.

Comment peut-on concevoir l'action du tréponème dans ce cas ? Ce n'est certainement comparable en rien à ce qui se passe au niveau d'une gomme. Les lésions diffuses à évolution rapide constatées traduisent non seulement l'action d'un agent pathogène, mais encore la faillite des réactions défensives de l'organisme. Cette faillite est fréquente dans la syphilis héréditaire et la preuve en est que les hérédos présentent très souvent des réactions de B.-W. négatives ou presque alors même qu'ils présentent des accidents en évolution.

Cet agent pathogène qui ne développe pas dans l'organisme de réactions d'immunisation reste pourtant sensible à l'action du traitement spécifique ; nous venons de voir combien il pouvait lui être sensible et cela parce que les lésions étaient superficielles et récentes.

Comment expliquerons-nous le Basedow fruste et l'action du traitement spécifique sur la tachycardie. Il est fort probable qu'il s'agissait dans ce cas d'une irritation du corps thyroïde par le tréponème ou ses toxines et que le traitement en supprimant l'action de ces agents permit au corps thyroïde de retrouver son équilibre et sa sécrétion normale.

OBSERVATION II

Un homme de 49 ans se plaint depuis plusieurs années de dyspnée d'effort, d'essoufflement et depuis quelques mois de crises pseudo-angineuses avec surtout sensation d'angoisse, peu de douleur précordiale ni d'irradiations.

Cet homme nous dit en février 1921 qu'il n'a jamais eu que des petits rhumes et nie tout antécédent vénérien ; à l'auscultation le cœur paraît normal ; la respiration pulmonaire ne s'entend que faiblement et lointaine ; dans la région inter-scapulo-vertébrale l'expiration soufflante nous montre qu'il y a de l'adénopathie trachéo-bronchique.

Nous trouvons chez ce malade de la leucoplasie commissurale, des ganglions épitrochléens ; le signe de Romberg est positif ; les réflexes tendineux paraissent normaux ; pas d'Argyll.

La femme de notre malade présente une légère inégalité pupillaire, du Romberg ; elle n'a eu qu'une grossesse qui correspond à une jeune fille de 18 ans présentant une voûte palatine ogivale, des ganglions épitrochléens.

Une réaction de Bordet-Wassermann demandée est positive ; le passage devant l'écran radioscopique nous montre de nombreuses travées grisâtres striant les deux poumons et traduisant une sclérose pulmonaire intense de volumineux ganglions trachéo-bronchiques.

Malgré l'ancienneté des lésions un traitement mixte, novarsénobengol et iodure de potassium fut institué; une injection de glycarséno Robert et Carrière à 0 gr. 15 tous les deux jours et des doses progressivement croissantes d'iodure de potassium de 1 à 6 gr. par jour.

Après deux mois de traitement la dyspnée avait légèrement diminuée, mais surtout les crises avaient totalement disparu; l'état général physique et psychique de notre malade s'était bien amélioré.

Nous voyons dans ce cas un processus inverse de celui que nous avons vu dans l'observation précédente: l'organisme a, pour des atteintes minimales du parenchyme pulmonaire déclenché une réaction défensive sclérosante intense; l'action du traitement sur ces tissus organisés est assurément très faible; mais il faut bien se dire que le tréponème laissé à lui-même poursuit son œuvre et qu'à n'importe quelle période on trouvera toujours des lésions récentes, inflammatoires, contre lesquelles le traitement spécifique pourra avoir une action.

L'amélioration dans ce dernier cas a été suffisante pour que cet homme, qui depuis plusieurs mois ne travaillait plus, ait pu reprendre ses occupations de travailleur agricole et mener à nouveau une vie normale.

Nous signalons à propos de ce cas l'influence particulière que paraît avoir l'infection syphilitique sur le psychisme des malades et l'influence heureuse du traitement sur la psychasténie syphilitique.

Plus que toute autre maladie la syphilis impressionne le psychisme et la volonté; tandis qu'en général le tuberculeux conserve un doux optimisme et produit souvent utilement jusqu'à une époque très rapprochée de sa mort; le syphilitique, au contraire, lorsqu'une irritation

particulière de l'écorce cérébrale ne détermine pas des alternatives d'excitation et de dépression comme dans la paralysie générale, lorsque l'excitation plus modérée et mieux dirigée n'a pas fait du malade un génie ; présente souvent, au moment où l'infection se localise à un organe quelconque, des réactions psychiques intenses dues sans doute à l'action des toxines sur l'écorce cérébrale ; la tristesse, l'absence de volonté, le dégoût de vivre sont en général beaucoup plus intenses que ne le laisserait supposer l'atteinte souvent minime de l'état général physique.

Sous l'influence du traitement nous avons souvent vu ces troubles psychiques disparaître rapidement.

OBSERVATION III

Nous sommes appelé, en novembre 1920, auprès d'un bébé de quatorze mois qui, depuis quelques jours, présente des convulsions, sans aucun état fébrile et avec une intégrité parfaite des fonctions gastro-intestinales.

L'examen physique nous permet de constater que le foie est augmenté de volume, qu'il existe de nombreux petits ganglions dans les aines, les aisselles.

Une potion bromurée calme assez rapidement cet état nerveux ; quinze jours plus tard, nous sommes de nouveau appelé auprès de ce bébé, qui présente des lésions papulo-érosives des avant-bras, quelques bulles à la paume des mains, de l'onyxis des deux pouces.

Devant les convulsions, la micropolyadénopathie, l'hypertrophie du foie, les lésions cutanées, nous pensons à l'hérédo-syphilis et nous étudions les divers membres de la famille.

Il existe deux autres enfants : une fillette de 7 ans, d'un nervosisme exagéré, présentant, en même temps que des ganglions inguinaux et épitrochléens, une voule palatine ogivale, des dents chevauchant les unes sur les autres. L'ainée, une fillette de 15 ans, paraît, au contraire, calme, apathique ; elle n'est pas encore réglée, se plaint d'être rapidement esoufflée, quand elle court où monte les escaliers¹ ; l'examen extérieur ne nous montre aucun stigmaté ; mais à l'examen des organes, nous constatons tous les signes d'un anévrysme de la crosse de l'aorte : expansion au-dessus de la fourchette sternale, battements nettement visibles dans les premiers intercostaux droits, frémissement cataire, souffle systolique à la base, pouls gauche plus faible et plus tardif que le droit ; la mère nous dit que cette jeune fille aurait eu des humeurs dans sa jeunesse.

La mère nous dit n'avoir jamais eu de maladie sérieuse, mais se plaint de migraines fréquentes. A l'examen, nous notons des ganglions épitrochléens et sous-occipitaux ; des réflexes tendineux exagérés.

A quelques jours de là, le père peut être examiné : c'est un homme de 40 ans, maigre, ayant fait une partie de la guerre dans l'infanterie et en instance de réforme avec pension pour troubles des membres inférieurs consécutifs à un début de gelure des pieds. Une réaction de Bordet-Wassermann, demandée par le conseil de réforme, aurait été négative. Nous constatons l'abolition totale des réflexes rotuliens et achilléens ; l'anesthésie des membres inférieurs remontant jusqu'à la racine des cuisses, le signe de Romberg est très net ; les pupilles réagissent très peu à la lumière.

Devant l'ensemble de ces signes familiaux, il devient à peu près certain qu'il s'agit de syphilis ; reste à établir

l'action du traitement sur les lésions cutanées du bébé ; une série de frictions à la pommade mercurielle est ordonnée et en quinze jours, tous ces accidents ont disparu.

Depuis, nous avons perdu de vue la famille, car le père avait toujours nié énergiquement tout accident vénérien et lorsqu'il sut pour quelle maladie était employé habituellement la pommade mercurielle ordonnée à son enfant, il n'eut plus recours à nos soins.

Cette observation nous montre tout l'intérêt de l'enquête familiale ; le laboratoire, en donnant une réaction de Bordet-Wassermann négative, pouvait faire penser à un pseudo tabes, dû à une névrite consécutive à la gelure des membres inférieurs ; l'enquête familiale ne laissait aucun doute sur la présence de la syphilis dans la famille et partant décelait la vraie cause des troubles constatés.

Les accidents nerveux présentés par le père nous paraissent beaucoup plus vraisemblablement liés à la syphilis qu'à la gelure ; en effet, cet homme n'a jamais présenté d'ulcération cutanée grave ayant pu être le point de départ de névrites ascendantes et les accidents qu'il accuse, sont nettement d'ordre tabétique. L'existence d'une réaction de Bordet-Wassermann négative est, comme on le sait, très fréquente au cours du tabes.

Il est indubitable qu'un anévrysme de l'aorte chez une enfant de 15 ans avec des caractères aussi nets que ceux constatés chez notre malade, ne peut être rattaché qu'à l'hérédo-syphilis.

Tout cet ensemble nous éclaire sur la pathogénie des convulsions du bébé et de ses lésions cutanées.

OBSERVATION IV

Il s'agit d'un homme de 53 ans qui depuis deux ans se plaint d'un affaiblissement continu et progressif des membres inférieurs.

Ce malade est vu en octobre 1920 ; il marche péniblement en talonnant ; il ne peut plus travailler depuis quelques mois ; la parole est embarrassée, le psychisme très déprimé.

A l'examen nous constatons une alopécie en clairière, l'absence de queue des sourcils ; de petites lésions psoriasiformes dans les sillons naso-géniens, de l'opalescence des commissures labiales ; les pupilles sont punctiformes ne réagissant ni à la lumière, ni à l'accommodation. Les réflexes rotuliens sont très diminués, les réflexes achilleens complètement abolis ; la sensibilité des membres inférieurs est obtuse ; le Romberg est positif.

Le malade dit avoir eu dans sa jeunesse un petit chancre qui avait été cautérisé dès son apparition et aurait guéri en quelques jours sans être suivi d'aucun autre accident.

Cet homme a un fils de 20 ans, grand et maigre, au teint blafard, à la voûte palatine ogivale ; l'auscultation du cœur montre un souffle systolique à la pointe : notons que ce jeune homme présente une insuffisance mitrale sans avoir jamais eu de rhumatisme ni aucune maladie infectieuse aiguë.

La mère de ce jeune homme ne présente aucun autre signe que des ganglions épitrochléens et sous-occipitaux,

Une réaction de Bordet Wassermann dans le sang,

demandée pour notre malade tabétique est négative ; quelques jours après, nous trouvons dans le liquide céphalo rachidien de l'hypéralbuminose, lymphocytose, Bordet-Wassermann positif.

Un traitement mixte est institué et pendant deux mois notre malade reçoit sans incident, chaque semaine, quatre injections de 0 gr. 02 de cyanure de mercure et trois injections intraveineuse de 0 gr. 30 de novarsénobenzol. A la fin de cette cure, au cours de laquelle il reçoit 8 grammes environ de novarsénobenzol, le malade dit se trouver mieux ; il parle et marche plus facilement.

Après trois semaines de repos le traitement est repris dans les mêmes conditions pendant deux mois.

Enfin en avril, mai, les veines ne sont plus très perméables ; le malade reçoit tous les deux jours une injection intra-musculaire de glucarsénobenzol.

Actuellement le malade très amélioré tant au point de vue physique qu'intellectuel a repris ses occupations à la campagne et peut cultiver lui-même ses propriétés.

Cette observation, en dehors de l'origine spécifique des troubles nerveux accusés par le père, pose l'intéressante question de l'origine heredo-syphilitique possible de l'insuffisance mitrale du fils, problème récemment débattu à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

OBSERVATION V

Un cabaretier de 60 ans nous consulte en novembre 1920 pour des « douleurs sciatiques » doubles dont il souffre surtout la nuit.

Notre attention est attirée immédiatement par la

démarche ataxique de ce malade et nous constatons : les signes de Westphal, de Romberg positifs, de l'Argyll-Robertson, de la leucoplasie buccale, des ganglions épitrochléens.

La femme de ce malade, examinée aussi, ne présente aucun signe suspect. Elle nous dit que ses trois premières grossesses avortèrent successivement et respectivement à 3, 4, 6 mois ; que pour les deux suivantes elle arriva à terme et accoucha d'enfants morts ; la 6^e lui donna un enfant bien constitué qui fut tué à la guerre. Des deux suivantes et dernières grossesses elle a deux enfants : un garçon de 18 ans qui présente une voute palatine ogivale et des ganglions épitrochléens ; une jeune fille de 16 ans avec des dents mal implantées et striées, des ganglions épitrochléens et sous-occipitaux.

A quelque temps de là le jeune homme se plaignit de maladresse du membre supérieur droit, de faiblesse du membre inférieur droit.

Le père nia énergiquement tout antécédent spécifique et ne voulut admettre aucun traitement dans ce sens pour lui et son enfant.

Nous avons su depuis que la maladresse et la parésie des membres droits du jeune homme tendraient à se transformer en hémiplégie.

Cette observation dans laquelle la syphilis ne paraît pas douteuse quoiqu'elle ne soit pas appuyée sur des réactions de laboratoire nous paraît curieuse par la prédominance neurotrophe des virus : tabes chez le père, hemiparésie chez le fils.

L'observation 3 nous montrait un virus faisant chez le père des accidents nerveux (tabes), ainsi que chez l'enfant (convulsions) ; mais réalisant aussi chez ce dernier des accidents cutanés (pemphigus et onyxis guéris par le traitement).

OBSERVATION VI

Une femme de 50 ans nous dit en décembre 1920 que depuis plusieurs années elle sent ses jambes s'affaiblir ; qu'elle a des douleurs semblables à des secousses électriques ; tantôt le long des membres inférieurs, tantôt en ceinture, qu'elle souffre souvent de la tête et présente des troubles digestifs.

Nous constatons une inégalité pupillaire très marquée dont la malade s'était aperçue elle même depuis plusieurs années.

Son mari serait mort à 44 ans après être resté 3 ans paralysé du côté gauche ; elle a un enfant pâle, chétif, présentant des dents d'Hutchinson, des ganglions épitrochléens.

Le B. W du sang est faiblement positif chez la mère ; un traitement par le glucarséno à raison d'une injection de 0,25 puis 0,30 tous les 2 jours amena au bout de 2 mois une amélioration sensible.

OBSERVATION VII

Un jeune homme de 28 ans présentant une plaque erythémato-papuleuse du pli du coude droit nous dit que depuis un an il ne cesse de maigrir et que ses membres inférieurs s'affaiblissent graduellement,

Nous constatons l'abolition des reflexes rotuliens et achilléens, le signe de Romberg est positif, il existe de la leucoplasie commissurale. La réaction de B. W. est fran-

chement positif. Le malade se rappelle avoir eu un chancre à l'âge de 20 ans, mais ne croit pas avoir eu d'accidents secondaires.

Le traitement mixte, cyanure de mercure et arsenobenzol, fait rapidement disparaître la lésion cutanée du pli du coude et détermine une amélioration sensible de l'état général.

OBSERVATION VIII

Nous voyons, en février 1921, une femme de 35 ans, qui souffre, depuis deux ans, de douleurs gastriques à type hyperchlorhydrique. Ces douleurs, survenant une ou deux heures après le repas et persistant pendant deux ou trois heures, sont comparées à une sensation de constriction, de torsion de l'estomac. D'abord assez rares au début de la maladie, ces douleurs sont devenues de plus en plus fréquentes, de plus en plus vives.

La malade s'alimente très peu et est arrivée à un état de grande maigreur ; depuis plusieurs mois, elle n'a pas connu de vrai sommeil profond.

L'examen de l'estomac ne révèle aucune induration, aucune tumeur ; on ne trouve pas de sang dans les selles.

L'étude des autres organes ne fournit aucune indication intéressante, lorsqu'à l'examen des yeux, nous sommes frappés par une inégalité pupillaire assez marquée ; l'Argyll Robertson est tardif, les réflexes rotuliens vifs, le Romberg positif.

Cette malade s'est mariée à 20 ans ; son mari est mort subitement, on ne sait de quoi, dix ans après ; elle n'a jamais eu de grossesse, jamais de maladie sérieuse.

La sœur du mari de notre malade, frappée de la tour-

nure de notre interrogatoire, vint nous confier, peu après, que son frère avait contracté la syphilis deux ans avant son mariage.

Malgré une réaction de B.-W. négative, nous instituons un traitement par l'arsenobenzol.

Actuellement, notre malade a reçu 10 g. de novarsénobenzol en deux cures de deux mois, séparées par un mois de repos et au cours de chacune, deux injections par semaine de 0 gr. 30.

La malade est très améliorée ; les douleurs sont devenues très rares ; les forces sont revenues, en même temps que le poids passait de 40 à 46 kil. ; le sommeil est meilleur ; enfin, cette femme a pu reprendre son métier de couturière, qu'elle avait dû abandonner depuis un an.

Il nous semble que dans ce cas, les troubles digestifs doivent être rapportés à une gastroradiculite d'origine spécifique ; l'existence d'une inégalité pupillaire avec Argylle, est en faveur de cette atteinte du système nerveux. Le résultat du traitement arsenical confirme cette opinion.

OBSERVATION IX

Un homme de 33 ans, à l'aspect robuste, se plaint, en janvier 1921, d'un point douloureux au niveau de l'épicondyle droit ; l'examen de la région permet de constater à ce niveau une exostose douloureuse à la pression, sans modification des tissus superficiels.

Nous découvrons, au niveau de l'avant-bras gauche et de la cuisse droite, deux plaques arrondies constituées par des éléments papulo-squameux et datant de sept ou huit ans.

Le malade avoue avoir eu, à l'âge de 18 ans, une petite ulcération génitale qui, cautérisée par un pharmacien, guérit en quelques jours et n'aurait été suivie d'aucun autre accident.

Une réaction de B.-W. fut nettement positive et le malade vit, à la suite d'un traitement arsenico mercuriel, disparaître les lésions cutanées et l'exostose douloureuse.

Cet homme, marié à 26 ans, sans jamais avoir été soigné, eut, un an après, une fillette qui, âgée aujourd'hui de 6 ans, présente un aspect chétif, des ganglions cervicaux, épitrochléens.

La maman, à la suite d'une deuxième grossesse, qui donna le jour à une grosse fillette, fit une crise de neurasthénie qui dura quatre mois.

Le dernier bébé présenta des lésions papulo-érosives périanales, qui guérissent après quelques frictions à la pommade mercurielle.

OBSERVATION X

Un paysan de 45 ans, célibataire, nous montre en février 1921 une tuméfaction douloureuse du poignet et du métacarpe droits, en nous disant que depuis un an la grosseur et la douleur augmentent, qu'il sent son bras s'affaiblir et que depuis trois mois il ne peut plus travailler.

Le malade ne se souvient pas avoir eu d'accident vénérien.

Nous constatons de l'hypertrophie de la base des trois métacarpiens médians avec réaction des articulations du poignet. La présence de ganglions épitrochléens, du signe de Westphal et de Romberg nous font penser à la syphilis ; la réaction de B. W. est positive.

Le traitement spécifique : arsénobenzol et mercure firent en deux mois disparaître tuméfaction et douleur. Cet homme travaille actuellement.

OBSERVATION XI

Une jeune femme de 22 ans se plaint de douleur au niveau de ses deux apophyses styloïdes radiales ; la région est un peu empâtée, mais cela nous paraissait être peu de choses lorsque nous constatons que bien que dans une demie obscurité les pupilles sont punctiformes ; elles paraissent ne pas réagir à la lumière.

Une fillette de 6 mois présente de la micropolyadéno-pathie, des lésions papuleuses des fesses.

Le mari de la jeune femme ne présente aucun signe, mais la mère de celle ci, veuve probablement de paralytique général présente les signes de Westphal, de Romberg, d'Argyll.

Les frictions mercurielles firent disparaître les lésions du bébé et un traitement mixte améliora l'état de la maman en supprimant l'empâtement stylo-radial et les douleurs.

OBSERVATION XII

Depuis trois ans une femme de 45 ans s'aperçoit que son acuité visuelle diminue d'une façon progressive et continue ; elle a des céphalées sus-orbitaires d'une extrême violence.

Lorsque nous voyons cette femme en novembre 1920 elle peut à peine se diriger et n'arrive pas à reconnaître des lettres de 5 cm de hauteur ; les pupilles ne réagissent

ni à la lumière ni à l'accommodation, — les réflexes rotuliens sont abolis, le Romberg est positif. Pas d'albumine ni de sucre urinaire.

Le mari présente des réflexes tendineux vifs, des ganglions épitrochléens ; il paraît robuste ; il nous dit qu'à plusieurs reprises il avait eu pendant quelques minutes la sensation que ses membres inférieurs étaient paralysés, et que bientôt les mouvements étaient revenus spontanément.

Une fillette de 7 ans en apparence de parfaite santé présente des ganglions épitrochléens et sous-occipitaux. Un garçon de 5 ans plus chélif présente de l'hypospadias.

La réaction de B.-W. pratiquée avec le sang de cette femme est positive.

Après une série de quarante injections de 0.01 de cyanure de mercure et 8 de novarsénobenzol, notre malade a l'impression que sa vue n'a plus baissé ; elle ne souffre plus de la tête.

Après trois semaines de repos, un nouveau traitement est institué : une injection de 0.02 de cyanure de mercure tous les deux jours et chaque semaine une injection de novarsèno-benzol.

Notre malade n'a plus souffert de la tête ; sa vue est certainement améliorée ; elle nous dit se diriger plus facilement, et nous avons pu constater qu'elle lisait sans difficulté les titres des articles de journaux.

OBSERVATION XIII

Une femme de 40 ans, veuve d'un mari mort subitement à 38 ans, sans enfant, se plaint de céphalées violentes et de diminution progressive, depuis un an, de

l'acuité viselle ; elle présente de l'Argyll Roberston, du Romberg.

Un oculiste consulté ordonne du sirop de Gibert et des frictions mercurielles ; la malade refuse les injections.

On ne constate ni amélioration, ni même arrêt dans la marche de la maladie.

OBSERVATION XIV

Un jeune homme de 26 ans se plaint d'héméralopie, de diminution de l'acuité visuelle et de sensation de papillons noirs passant devant les yeux. Pas de syphilis connue. Marié récemment ; pas d'enfant.

Nous notons la présence de ganglions épitrochléens, de réflexes rotuliens exagérés et d'un léger Romberg. La réaction de Bordet Wassermann fut nettement positive et après deux séries de huit injections de novarsénobenzol les accidents avaient disparu.

OBSERVATION XV

Une jeune femme de 30 ans consulte en janvier 1921 pour des bourdonnements d'oreille et une évolution continue vers la surdité bilatérale ; aucun écoulement auriculaire antérieur, pas de sourd dans la famille.

Elle a deux enfants. L'un âgé de 5 ans présente une voûte palatine ogivale, du coryza chronique ; l'autre âgé de 18 mois a du strabisme interne et des lésions papulo-érosives des fesses.

Le mari paraît en bonne santé et refusa de se laisser examiner ; niant toute spécificité il ne voulut pas que l'on traite sa femme dans ce sens. Mais cette enquête familiale paraît suffisamment concluante.

OBSERVATION XVI

En décembre 1920 nous voyons une jeune fille de 14 ans qui depuis un mois présente une tuméfaction de la face antérieure du cou et se plaint de palpitations.

Nous constatons de chaque côté du cartilage thyroïde une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon réunie en avant par un cylindre gros comme le petit doigt. La forme du corps thyroïde hypertrophié est à peu près conservée, il se déplace avec le larynx dans les mouvements de déglutition. Nous ne notons pas d'exophtalmie, pas de tremblement, le pouls bat à 100 pulsations à la minute.

Cette fillette se plaint d'une grande faiblesse des membres inférieurs et nous dit qu'après quelques minutes il lui est impossible de rester debout.

Nous notons une abolition totale des reflexes rotulien et achilléen, des ganglions épitrochléens, l'absence d'une incisive et des stries sur les autres dents.

La maman de cette fillette présente de l'inégalité pupillaire ; elle n'aurait eu qu'une grossesse.

Le père n'a pu être examiné, il serait, paraît-il, très robuste et il est possible qu'il faille rechercher l'infection primitive chez le grand-père maternel, mort hémiplegique à 45 ans.

Quoiqu'il en soit un traitement mixte fut institué : 0 gr. 01 de cyanure de mercure tous les deux jours et toutes les semaines une injection de novarsenobenzol, de 0 gr. 15 à 0 gr. 45.

Après deux mois de traitement la tuméfaction thyroïdienne avait disparu et le pouls battait à 72 pulsations à la minute.

OBSERVATION XVII

Appelé en janvier 1921 dans une campagne isolée à 10 kilomètres de tout village, nous nous trouvons en présence d'une femme de 35 ans, d'une maigreur extrême, aphone. Le mari m'annonce que sa femme a un cancer de la gorge et que c'est uniquement pour la « contenter » qu'il nous a prié de la visiter.

Dès l'ouverture de la bouche nous voyons une perforation circulaire parfaitement cicatrisée de la voûte palatine : au niveau des amygdales, du voile du palais, des ulcérations recouvertes d'un enduit diphtéroïde. Nous ne trouvons que de petits ganglions le long de la chaîne carotidienne et dans la région sous occipitale, des ganglions épitrochléens. Pas de fausse couche.

Le mari nie tout antécédent vénérien et nous montre trois enfants en apparence beaux, mais qui présentent tous des ganglions épitrochléens ; l'un a la voute palatine ogivale.

Une réaction de Bordet-Wassermann est très positive. A cause de l'état cachectique de notre malade nous commençons prudemment par des injections de 0 gr. 01 de benzoate de mercure tous les jours. Après 10 jours nous instituons un traitement par l'arsenobenzol intra-musculaire, 0 gr. 05 puis 0 gr. 10 tous les trois jours, et après un mois notre malade paraissait assez améliorée lorsqu'elle fut atteinte de pneumonie et mourut en quelques jours.

Ultérieurement nous avons appris que cette malade qui souffrait de la gorge depuis trois ans avait été à cette

époque consulter un médecin d'une ville voisine qui après réaction de Bordet-Wassermann positive avait conseillé un traitement par le sirop de Gibert. Par suite de la négligence de la malade ce traitement n'avait été poursuivi qu'une ou deux semaines.

VARIÉTÉS DES FORMES CLINIQUES DE LA SYPHILIS RURALE

Les dix-sept observations familiales que nous venons de résumer, montrent non seulement la fréquence de la syphilis à la campagne, mais encore le polymorphisme de ses manifestations.

Nous trouvons, en effet, dans nos observations, les cas, en apparence les plus disparates ; rares sont ceux dans lesquels nous avons été appelés pour des accidents cutanéomuqueux ; il s'agissait alors d'enfants présentant l'une des lésions nettement spécifiques, telles que : pemphigus et onyxis ; les deux autres, des lésions périanales, plus douteuses au premier abord.

Si nous avons rencontré parfois, au cours de nos investigations chez des adultes, des lésions cutanées du type papulo-érythémateux et papulo-psoriasiforme, ce n'est pas pour elles que nous étions consulté ; nous les avons découvertes en examinant les malades se plaignant d'autres affections ou parce que nous recherchions systématiquement la syphilis chez les parents d'enfants suspects que nous étions amenés à soigner. On sait cependant la part importante que la syphilis tertiaire cutanée tient dans les ouvrages.

Comme manifestations osseuses, rappelons le cas typique de cette femme de 35 ans (observation XVII), qui

présentait une perforation de la voûte palatine et qui offrait en outre des ulcérations pharyngées et probablement laryngées, qualifiées de cancer avec B.-W. fortement positif.

A signaler en outre, le cas d'une exostose épicondylienne chez un homme de 33 ans (observation IX), que nous avons pu rattacher à une spécificité méconnue (chancre à 18 ans, qui n'avait pas été montré à un médecin). Réaction B.-W. positive ; et le cas de cette jeune femme (observation XI), qui souffrant de ses apophyses styloïdes radiales avec un léger empâtement, fut très améliorée par un traitement spécifique. Ici la syphilis paraissait héréditaire : père mort vraisemblablement de paralysie générale, mère présentant quelques signes de lésions neurosées. Un paysan de 46 ans, présente une tuméfaction torpide du poignet, le gênant dans son travail. Celle-ci aurait pu être cataloguée : tumeur blanche ou rhumatisme chronique. La réaction B.-W. et l'influence de la thérapeutique en font une ostéo-arthropathie syphilitique.

La plupart de nos autres observations se rapportent à des affections du système nerveux, ce qui n'est pas étonnant, étant donné la fréquence des localisations du tréponème sur le névraxe.

Nous avons eu l'occasion de voir deux cas de tabes franc (observations IV et V). Ici, les troubles de la démarche, les caractères des douleurs devant systématiquement faire rechercher l'abolition des réflexes — le Romberg, l'Argyll Robertson, positifs chez ces deux malades, l'un des deux avait de l'hypercytose avec réaction B.-W. positive dans son liquide céphalo-rachidien, alors que cette réaction était négative dans le sang.

Nous n'avons pas eu l'occasion de soigner de paraly-

tique général, mais rappelons que dans les antécédents du malade de l'observation II, nous trouvons une paralysie générale probable et dans l'observation I, le père de la jeune femme atteinte de syphilis pulmonaire est mort P. G. dans un asile.

En dehors de ces deux cas de tabes arrivés à une période assez avancée de leur évolution nous trouvons une série de syndromes nerveux, qui il y a quelques années encore, auraient été mal classés et que les recherches modernes rattachent à des radiculites spécifiques, à des débuts de tabes ou autres lésions médullaires spécifiques.

Le jeune homme de l'observation VII qui, éprouvant simplement un affaiblissement des membres inférieurs, a, outre de la leucoplatie commissurale, une abolition des réflexes rotuliens.

La malade de l'observation VI, dont le mari a présenté une hémiplegie à 41 ans et dont le fils est porteur de dents d'Hutchison se plaint de douleurs énatiques, de parésie des membres inférieurs. Ses réflexes sont nettement exagérés ; elle a de l'inégalité pupillaire, assez intense pour avoir été remarquée par la malade elle-même ; un B. W. faiblement.

Les troubles sensitifs et réflexes du malade de l'observation III sont bien rapportés par lui à une gelûre des pieds, mais malgré la réaction de B. W. négative le diagnostic de tabes nous paraît beaucoup plus vraisemblable.

Mentionnons ici 41 localisations de la syphilis sur les organes des sens.

Trois concernent des troubles oculaires : Dans un cas (obs. 12) il paraît s'agir de lésions sérieuses du nerf optique (vision très diminuée) mais, en l'absence de l'examen du fond de l'œil que nous n'avons pu faire pratiquer,

le fait ne peut être affirmé ; quoi qu'il en soit la vision est très diminuée, les pupilles ne réagissent ni à la lumière ni à l'accommodation ; les réflexes paraissent abolis, la réaction de B. W. est positive et le traitement mixte quoique tardif a amené une amélioration sensible.

Une autre femme (obs. XIII) a vu elle-même son affection oculaire rattachée à la syphilis par un oculiste qui a prescrit un traitement mercuriel.

Un jeune homme sans antécédent spécifique connu (obs. XIV), se plaint de diminution de l'acuité visuelle, surtout le soir ; la réaction de B. W. du sang est positive ; l'arséno-benzol fait disparaître les troubles.

Une jeune femme fait sans antécédant auriculaire, une surdité bilatérale paraissant liée à une attaque du nerf accoustique ou du labyrinthe ; il ne nous a pas été possible d'examiner son sang et le mari s'est refusé à nos investigations ; mais les stigmates d'hérédodystrophisme, chez les enfants, coryza chronique chez l'un, strabisme convergent vers l'autre avec lésions papulo-érosives des fesses nous font soupçonner fortement la syphilis.

Nous en arrivons à quelques faits intéressants à cause de leur rareté et liés à des manifestations viscérales de la syphilis. Nous mentionnons le cas de l'observation 8 qui peut servir de transition entre les lésions viscérales et celles du système nerveux ; il s'agit de douleurs gastriques tardives du type pylorique, sans vomissements, sans hémorragie et entraînant un état de dénutrition profond, aucun signe d'ulcus, ni de tumeur, mais inégalité pupillaire et Agyll-Robertson, syphilis du mari mort subitement il y a quelques années.

Sans modifications appréciables du régime, la malade, malgré un B.-W. négatif, a vu ses douleurs diminuer et son poids augmenter de 6 kgr. sous l'influence du novar-

sens. Les signes nerveux constatés chez elle sont en faveur d'une gastro-radiculite, affection sur laquelle l'attention a été attirée récemment, plutôt que d'une véritable syphilis gastrique.

Nos observations 1 et 2 ont traités à des affections pulmonaires sur lesquelles nous ne reviendrons pas, les ayant longuement commentées à propos de chacune d'entre elles.

En ce qui concerne la syphilis cardio-vasculaire, une mention spéciale doit être réservée à un anévrysme de la crosse de l'aorte observé chez une fillette de 15 ans. (Obs. 3), fille de tabétique.

Un autre tabétique a un fils de 20 ans chez lequel nous avons trouvé au cours de tous nos examens, un souffle mitral à la pointe nettement organique, que nous ne pouvons expliquer par aucune atteinte rhumatismale ou autre infection nettement déterminée, — il est vraisemblable que cette endocardite remonte à l'enfance et est liée à l'hérédosyphilis. Des faits analogues viennent d'être rapportés à la Société médicale des hôpitaux de Paris. (Mecklein, mai 1921).

Terminons par la localisation du tissu spécifique sur les glandes à sécrétion intense, la thyroïde en particulier dans nos cas. Témoin notre malade (obs. 1) qui outre son état pulmonaire, a présenté un syndrome de Basedow fruste, caractérisé par une tachycardie indépendante de la fièvre, — une hypertrophie légère du corps thyroïde et une exophtalmie modérée.

La fillette de 14 ans qui fait l'objet de l'obs. 16 a présenté une poussée de thyroïdite subaiguë ayant atteint les deux lobes évoluant sans fièvre, sans douleur avec quelques palpitations; le traitement mixte cyanure et novarseno-benzol fit rétrocéder la tuméfaction thyroïdienne et ramena le pouls à 75.

On ne peut manquer d'être frappé à la lecture de nos observations de la fréquence avec laquelle nous avons constaté chez les enfants hérédos et même chez les adultes atteints de syphilis ancienne la présence de ganglions siégeant dans la région épitrochléenne et sous occipitale. M. le professeur Perrin nous a appris l'importance de ce signe même en dehors des manifestations secondaires ; nos constatations ne font que confirmer la valeur de ces dire.

Enfin notre enquête nous a permis de retrouver soit chez les parents des malades eux-mêmes soit chez ces derniers de petits signes de lésions nerveuses telle qu'inégalité pupillaire, Argyll Robertson, abolition des reflexes tendineux — pour ces derniers il est possible qu'il s'agisse dans certains cas de réflexes masqués par un certain degré de contracture ; mais cependant pour le plus grand nombre de nos observations nous pouvons affirmer la réalité de l'aréflexie tendineuse les ayant cherchés à plusieurs reprises et dans diverses positions.

Les faits que nous rapportons viennent à l'appui de nos connaissances récentes sur la fréquence des déterminations nerveuses de la syphilis.

DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS RURALE

Il est relativement facile à la campagne comme à la ville de faire le diagnostic de la syphilis primaire et surtout secondaire lorsqu'il existe la floraison cutané muqueuse caractéristique de cette période ; mais comme nous l'avons déjà signalé, les ruraux sont moins éduqués dans ce sens que les citadins et ils se préoccupent peu de tout symptôme n'entraînant ni douleur, ni impotence.

Durant la période où nous avons recueilli des dix sept observations de syphilis familiale nous avons observé deux cas de syphilis secondaire : l'un chez un jeune homme revenu depuis peu des armées et qui ne consulta qu'après plusieurs semaines et parce que l'éruption était particulièrement intense — l'autre chez une jeune femme dont nous avons parlé au début de ce travail et que nous vîmes incidemment où les derniers signes d'une période secondaire discrète étaient en voie de disparition —.

Nous n'avons pas fait rentrer ces cas dans notre statistique générale, car nous avons surtout envisagé dans ce travail les syphilis tardives ou héréditaires dont le diagnostic ne s'impose pas directement à l'esprit.

Pour ces dernières nous avons basé notre conviction sur deux sortes d'éléments : les réactions de laboratoire et l'enquête familiale. Très rares ont été en effet les cas où le chancre initial n'a pas passé inaperçu, ces malades

en ayant pour la plupart perdu le souvenir du fait que la nature spécifique ne leur avait pas révélée.

Nous avons pu faire pratiquer la réaction de B. W. dans un certain nombre de cas. On sait la valeur qu'il faut attacher à pareille épreuve lorsqu'elle est pratiquée dans un laboratoire compétent. Nos réactions ont toutes été faites par MM. Ranque et Senez de Marseille dont les méthodes de dilutions progressives et antigènes multiples offrent toutes les garanties.

Dans quelques cas cependant où la réaction de fixation était négative, nous avons cru pouvoir, malgré ce, porter le diagnostic de syphilis pour des faits où l'enquête familiale était positive. Il est d'ailleurs admis que dans les cas de syphilis ancienne ou héréditaire, la réaction du B. W. peut être négative alors même que le tréponème est la cause d'accidents en évolution.

L'enquête familiale permet de réunir chez les ascendants et les descendants une série de petits signes qui, trouvés isolément chez un seul individu, n'auraient peut-être pas une grande valeur diagnostique, mais qui, répartis chez les membres d'une même famille s'imposent à notre attention.

Les syphiligraphes, en particulier Marcel Pinard (Société médicale des Hôpitaux. Mars 1919) ont insisté récemment sur l'importance de cette enquête familiale qu'ils demandent de faire dans tout cas suspect. Ils proposent aussi de faire systématiquement la réaction de B. W. chez les ascendants ou collatéraux pour dépister certaines hérédosyphilis. Mais cette séro-réaction familiale en série se heurte à beaucoup de difficultés à la campagne : il est non seulement difficile d'en faire comprendre la nécessité au paysan insuffisamment éduqué à ce point de vue, mais encore les frais matériels que pareille

recherche impose, la rendent prohibitive pour la plupart des bourses.

L'enquête familiale, basée sur la recherche des signes cliniques est plus réalisable à la campagne. Le médecin étant en contact plus familial avec ses malades a plus de facilité qu'à la ville pour passer tous les parents en revue. La syphilis reste malheureusement une maladie que l'on n'avoue pas et dont la révélation à la famille pour laquelle elle constitue une tare est toujours reçue avec des protestations indignées. Nous n'en voulons pour preuve que les trois familles citées dans nos observations pour lesquelles semblable diagnostic, établi pourtant sur des bases solides, nous a valu de n'être plus appelé à leur donner nos soins.

Peut être dans ces conditions y aurait-il lieu, tout au moins dans certains cas chroniques non contagieux, de masquer la nécessité d'un traitement spécifique sous l'étiquette d'une thérapeutique résolutive.

L'important pour porter le diagnostic de syphilis est d'y penser, non seulement lorsqu'il s'agit d'accidents cutanéomuqueux, mais surtout en présence de certaines lésions viscérales dont la cause n'est pas nette, de quelques syndromes algiques d'allures imprécises, d'asthénie et d'amaigrissement sans raison apparente.

Dans ces cas, si on ne se contente pas d'un examen superficiel on pourra retrouver des signes, en particulier de neuro-syphilis qui préciseront le diagnostic étiologique. Pour d'autres cas, l'enquête familiale et les épreuves de laboratoire permettront de les rattacher à cette cause et d'instituer une thérapeutique, qui, si elle n'est pas trop tardive, soulagera beaucoup de malades et en guérira quelques uns.

TRAITEMENT ET PROPHYLAXIE

Il n'est pas dans le cadre de notre travail d'insister sur les avantages et les inconvénients des divers modes de traitement de la syphilis dans ses manifestations multiples.

Qu'il nous soit cependant permis de dire que lorsque l'enquête familiale nous aura montré la syphilis dans la famille et que nous aurons trouvé chez l'un des membres une forme en évolution ou une réaction de Bordet-Wassermann positive, nous devons par tous les moyens amener ce malade à se soigner aussi longtemps que la réaction de B. W. ne sera pas devenue franchement négative ou que les manifestations évolutives n'aurent complètement disparu.

Les injections intraveineuses de cyanure de mercure et d'arsénobenzènes nous paraissent constituer le traitement de choix, d'une part à cause de leur efficacité et d'autre part à cause du peu de gêne et de douleur qu'elles entraînent pour le malade — nous avons à plusieurs reprises essayé les injections intramusculaires des sels mercuriels ou de novarsénobenzol ; elles sont toujours douloureuses et beaucoup moins bien supportées par le malade.

La durée très ancienne des accidents ne doit pas nous décourager et nous faire rejeter toute thérapeutique active, même dans les lésions du névraxe arrivées à un

stade avancé de sclérose il existe encore des fibres incomplètement dégénérées sur lesquelles le traitement peut avoir une certaine prise. Dans ces cas le traitement devra être très énergique, le novarsénobenzol manié à doses moyennes et fréquentes paraît être alors le remède héroïque. Nous avons pu constater une amélioration très sensible chez un malade atteint de tabes ; rappelons que dans ce cas le malade reçut sans incident 20 grammes de novarsénobenzol dans le cours d'une année.

La prophylaxie idéale consistera à découvrir et à stériliser tous les cas de syphilis ancienne en même temps que l'on tendra à supprimer les causes de contaminations nouvelles.

Nous avons vu comment l'enquête familiale aidée du laboratoire nous permettra de découvrir la syphilis et comment il faudra la traiter.

Pour éviter les contaminations nouvelles il serait bon d'éduquer les jeunes gens de la campagne contre la fréquence du péril vénérien. Si dans les villes on a pu par des conférences morales attirer l'attention de quelques jeunes gens des lycées et collèges, pareille propagande ne peut-être réalisée à la campagne ; tout au plus pourra-t-on profiter du passage du paysan à la caserne pour inculquer les notions indispensables de prophylaxie.

Nous avons vu dans notre enquête étiologique que la syphilis du campagnard était loin d'avoir toujours été contractée à la ville, d'où la nécessité d'une surveillance rigoureuse des maisons clandestines installées dans les villages et où les prostituées contagieuses de la ville viennent parfois chercher un refuge, s'y sachant peut-être moins surveillées.

L'état s'est intéressé récemment dans un but de

prophylaxie louable à la création dans les grandes villes de dispensaires antisyphilitiques destinés au traitement des formes contagieuses de la syphilis, quel que soit le rang social de l'individu atteint. Rien n'a été fait à notre connaissance pour les campagnes et cependant on conçoit que le paysan àpre au gain néglige encore plus que le citadin de se soigner à cause de la cherté relative de ce traitement.

A la ville certains spécifiques honteux préféreront se faire traiter par un spécialiste ou dans un dispensaire où ils sont inconnus plutôt que de s'adresser au médecin de leur famille. A la campagne il ne peut en être de même, toutes conditions qui pendant longtemps encore faciliteront l'essaimage de la syphilis rurale, tant que dureront les préjugés fort répandus sur une maladie dite honteuse.

Une campagne acharnée devrait être entreprise pour vulgariser l'idée que la syphilis n'est pas plus honteuse qu'une autre maladie et que son plus grand facteur de gravité vient du fait qu'elle est méconnue ou cachée.

Lorsque tout malade instruira son médecin sur les accidents vénériens qu'il a pu avoir ; lorsque le médecin pourra révéler au malade l'affection dont il est atteint, sans soulever son indignation, alors il sera plus facile de faire une thérapeutique et une prophylaxie actives.

CONCLUSION

La syphilis est très fréquente à la campagne. Il faut y penser toujours et on la diagnostiquera souvent. Le moyen diagnostique le plus applicable par le médecin de campagne aux milieux ruraux est l'enquête familiale. Ce moyen suffit souvent à donner une conviction absolue ; on le vérifiera toutes les fois que l'on pourra par la réaction de Bordet Wassermann.

Un traitement spécifique institué dans les formes en apparence bénigne, et indéfiniment poursuivi par intermittences, éviterait les dénouements brutaux ou la marche sournoise vers les affections telles que la paralysie générale qui une fois constituées ne nous laissent que le sentiment pénible de notre impuissance absolue.

BIBLIOGRAPHIE

Notre travail, étant basé sur une enquête personnelle, nous n'avons pas cru devoir l'étayer sur des recherches bibliographiques étendues. Nous avons été seulement frappés par ce fait que la plupart des manuels classiques ne font peut être pas à la syphilis rurale la part qui lui est due.

Nous n'avons nullement la prétention de supposer que la fréquence de la syphilis rurale n'a pas été signalée par d'autres auteurs et nous nous excusons de ce que pressés par les circonstances nous n'avons pu étendre nos recherches bibliographiques sur ce point.

Nous nous contenterons de signaler les très intéressantes publications sur ce même sujet de M. le Docteur Etienne de Vernon : « La syphilis à la campagne ». *Le médecin Français* du 15 juin 1921.

« Contribution à l'étude de la maladie de Graves ». *Le médecin Français*, 15 juillet 1921.

Les articles de M. Leredde, fait d'après les travaux du Dr Etienne ; « La syphilis héréditaire et ses formes dans les milieux ruraux ». *Journal des praticiens* du 4 décembre 1920.

« La fréquence de la syphilis héréditaire et ses formes dans les milieux ruraux ». *Journal des Praticiens* 1920, page 710 et *Société de médecine de Paris*, 26 mars 1921.

D'après ces auteurs :

« Lorsqu'on la recherche systématiquement dans les
» familles la syphilis chez les ruraux n'apparaît plus
» comme une exception, mais comme une règle presque
» absolue. »

« Dans la population rurale la syphilis est la règle ; les
» non contaminés l'exception. »

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :
*Quelques observations de la syphilis à
la campagne*, par M. André Chaix.
Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Vu :
Montpellier, le 23 juillet 1921.
Le Doyen,
E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 24 juillet 1921. Montpellier, le 23 juillet 1921.
Le Professeur, Le Recteur,
DUCAMP. Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MEMOIR

The first of the three volumes of the
Memoirs of the late General Pitt Rivers
is now published. It contains the
life of the General from his birth
to his death. The second volume
contains the history of the
General's military career. The
third volume contains the
General's private life and
his correspondence. The
Memoirs are published in
three volumes. The first
volume is now published.
The second volume is
now published. The
third volume is now
published.

